



실업보험 혜택을 요구하는 공판

실업보험혜택 행정결정에 대한 공판을 요구하기위한 양식을 완결하십시오. 항소절차 동안에 혜택을 요구하기를 원하는 주 당 혜택을 지속적으로 제출하십시오. 거절 혹은 자격 박탈로 인하여 사전에 혜택을 주는 것에 대해 밀린 지불액을 공판결정이 허용한다면 그 주에 대한 지불액을 받기 위해 매주 청구를 정시로 한 것 입니다.

행정결정에 보여진 항소마감일까지 공판을 요구하셔야합니다. 그 날짜가 지난 다음에 공판을 요구하면 왜 요구를 늦게 요구하는지에 대한 서면진술을 포함해야합니다.

항소인: <input type="checkbox"/> 청구인 <input type="checkbox"/> 고용인	이름:	전화번호
청구인 이름: (이름) (성)	고객 ID/SSN의 마지막 4자리 숫자:	
고용주(적용된다면):	상호:	

고용주 대행인 이름, 알고 있다면:

항소하는 결정(들)

전화번호(들):	날짜(들):		
항소에 대한 안건:	<input type="checkbox"/> 투옥	<input type="checkbox"/> 교통	<input type="checkbox"/> 학교 출석
<input type="checkbox"/> 해고	<input type="checkbox"/> 사직	<input type="checkbox"/> 유급휴가	<input type="checkbox"/> 노동 분쟁
<input type="checkbox"/> 정직	<input type="checkbox"/> 일할 수 있는 능력	<input type="checkbox"/> 학교 봉급 이용	<input type="checkbox"/> 임무 경감
<input type="checkbox"/> 직업 등록	<input type="checkbox"/> 적극적인 구직활동	<input type="checkbox"/> 취업거부	<input type="checkbox"/> 탁아
<input type="checkbox"/> 작업 가능	<input type="checkbox"/> 기타 (아래에 설명하십시오)	<input type="checkbox"/> 작업 신청 불이행	

왜 결정(들)에 동의하지 않으십니까?

대행인이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라면, 이름: (이름) (성)
---	-------------------

공판에 전적으로 참여하기 위하여 통역관이 필요합니까? 예 아니오
예라면, 어떤 언어:

공판에 전적으로 참여하기 위하여 다른 장비가 필요합니까? 예 아니오
예라면, 어떤 장비(들)가 필요합니까:

공판은 월-금, 오전8시-오후4:30에 예정될 수 있습니다. 다음 90일에 공판에 참여할 수 없는 특정한 요일 혹은 시간이 있습니까? 예 아니오

예라면 요일 혹은 시간을 구체화할 수 있습니다:

항소하는 결정의 사본과 함께 이 양식을 제출해야합니다:

연락양식: unemployment.oregon.gov/contact-us | 팩스: (503)947-1335
Oregon Employment Department • 875 Union St NE • Salem, OR 97311

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance is available to persons with limited English proficiency at no cost.

오레곤 고용부는 기회 균등 고용주/프로그램입니다. 보조도움과 서비스는 장애를 가진 사람들에게 요청 하에 유효합니다. 비용없이 제한된 언어구사자에게는 언어지원이 됩니다.